

Die Grenzen des Verstehens – Sprachphilosophie in Psychologie und Psychiatrie und ihre „Anwendung“ auf die Manie

Sigbert Gebert

Zusammenfassung

Die neuere Philosophie, die die Sprache oder das Sinnverstehen als Kennzeichen der condition humaine ansetzt, bietet plausible Ansätze, um gesundes und krankes Erleben und Verhalten zu verstehen. Allerdings hat die Sinnperspektive Schwierigkeiten mit biologisch verursachten psychischen Problemen. Einen besonderen Fall stellt die Manie dar, bei der die Kranke in höchstem Maße auf der Sinnesebene „da“ und zugleich über Sinn nicht erreichbar ist. Die Manie wird deshalb vor allem medikamentös angegangen. Die Sinnperspektive bestreitet diesen Ansatz nicht, zeigt jedoch, dass die Therapieansätze von „künstlichen“ Unterscheidungen ausgehen, die, wie alle Unterscheidungen, auf Paradoxien auflaufen – eine für die Therapie allerdings wenig hilfreiche Feststellung. Die Problematisierung des gesellschaftlich herrschenden Freiheitsbegriffs und der philosophisch-soziologische Nachweis der „Realität“ der Freiheit zeigen hingegen zumindest die Schwierigkeiten der Therapie. Letztlich stößt die Philosophie bei ihrem Fragen jedoch auf das Rätsel des sich aus dem Nichts entfaltenden Seins und die Frage, ob sich das Leben lohnt. Im Gegensatz zur *gesellschaftlich* verantwortlichen Psychiatrie kann die Philosophie hier die *individuelle* Freiheit, jede Entscheidung, auch die für den Tod, anerkennen. Die Philosophie ist für die Psychologie in letzter Instanz keine Verbündete.

Schlüsselwörter

Freiheit, Gefühle-Denken, Körper-Geist, Manie, Sprache (Sinn), Unterscheidungen

Abstract

The limits of understanding – Philosophy of language in psychology and psychiatry and their “application” to mania. The newer philosophy, which uses language or the understanding of meaning as signs of the human condition, provides plausible starting points to understand healthy and ill experiences and behaviour. However, biologically caused psychological problems pose difficulties for the perspective of meaning. A special case is mania where the patient is extremely “there” on the scale of meaning and not reachable on this scale at the same time. Therefore, mania is mostly treated with medication. The perspective of meaning does not deny this approach, but it shows that therapies start with “artificial” distinctions that will end in paradox as all distinctions do – a result which is not very helpful in therapy. Nevertheless, the examination of the usage of ‘freedom’ in society and the philosophical-sociological proof of the “reality” of freedom show at least the difficulties of therapy. In the end however, the questions of philosophy reach the mystery of the being born out of nothingness and the question whether life is worth living. In contrast to psychiatry, which has social responsibility, philosophy is able to acknowledge individual freedom, every decision, even the decision in favor of death. Therefore, in the end, philosophy is not an ally for psychology.

Keywords

Freedom, emotion-thought, body-mind, mania, language (meaning), distinctions

1 Philosophie als Sprachphilosophie¹

Die philosophische Tradition verstand den Menschen als animal rationale, als vernünftiges Lebewesen, das gleich anderen Lebewesen in der Natur vorkommt, nur dass er außerdem noch die Vernunft als höhere Ausstattung besitzt. Die Sprache galt ihm als bloß neutrales Mittel zum Ausdruck innerer, vorsprachlicher Vorgänge (von Gedanken, Gefühlen) oder zur Bezeichnung von Gegenständen. Dass alles Denkbare sprachlich verfasst ist, wurde nicht zum Problem. Man glaubte vielmehr, ein hinter den Phänomenen, den „bloßen“ Erscheinungen, sich findendes wahres Sein zu erkennen, ein Grundprinzip, das Natur und Geschichte bestimmte. Diese Herangehensweise, die Erklärung der Welt aus einem Prinzip, von dem her sich die ganze Philosophie als System entfaltet, ist das Kennzeichen der Metaphysik. Nietzsches vergebliche Versuche, ein neues Wertesystem aufzustellen, zeigten jedoch, dass sich die Welt nicht mehr von einem Prinzip her erklären ließ. Metaphysische Systeme sind von nun an nur noch unfruchtbare Wiederholungen einer überholten Form der Philosophie. Das gilt auch, wenn man wie die philosophische Anthropologie von biologischen Vorgaben ausgeht und die Freisetzung von Instinkt- und Triebmechanismen, die Selbstdistanzierung, die exzentrische Position oder auch die Sprache als Unterschiede zum Tier sieht: Methodisch werden sie, was sie evolutionär ja auch sind, als nachträgliche Ausstattungen, als Surrogate für mangelnde Organanpassung, angesetzt.

Die nachmetaphysische Philosophie setzt hingegen die Sprache als Urphänomen an, und zwar einen weiten Begriff von Sprache als gleichbedeutend mit Sinn oder Sein. Mit der Sprache ist nach Heidegger das Sein da, ist das Da-Sein, das Da des Seins. Die menschliche Erfahrung ist zwar immer auch leiblich, ist die leibliche Erfahrung von Widerständigkeit und Bewegung, aber sie ist immer schon in Sinnzusammenhänge, in die Sprache, eingebettet. Hier trifft Heidegger sich mit Wittgenstein, nach dem alle Philosophie Sprachphilosophie zu sein hat, und auch die moderne Soziologie schließt sich dem mit Luhmann an, der die Gesellschaft als Sinnsystem thematisiert. Sprache bildet das umfassende System, in dem sich die menschliche Lebensform, das Da-Sein, bewegt und von dem her sie allein verstanden werden kann. Der Ausgangspunkt der Philosophie hat nicht eine besondere, notwendig sprachliche Theorie zu sein, sondern das, worin sich jede Theorie und jede menschliche Praxis bewegt: die Sprache, Sinn, das Sein, und die Operation, in denen sie sich vollziehen, das Verstehen.

Geht man vom Verstehen als Grundoperation aus, so lässt sich das Da-Sein, Individuum und Gesellschaft, am besten verstehen, geht es hierbei doch um Selbstausslegung. Im Lichte des Selbstverständnisses von Sinnsystemen lassen sich dann die ähnlichen Seinsweisen des Tieres interpretieren, die jedoch als sie selbst, als sprachloses Existieren, unverständlich bleiben. Der Bruch zur Leblosigkeit ist noch größer: Wie soll man die Seinsweise eines Steins verstehen? Das sprachlose Leben und Lebloses lassen sich nicht als sie selbst verstehen, sind philosophisch terra incognita.

Von der Wissenschaft aus ergibt sich ein anderes Bild. Die leblosen Phänomene lassen sich, weil sie keine Freiheitsgrade des Verhaltens besitzen, leichter manipulieren als Lebendiges, ihre Reaktionen sich besser voraussehen und aus anderem erklären. Erklärungen und Prognosen werden mit steigenden Freiheitsgraden, mit Leben und Sprache, schwieriger.

Die Herausforderungen sind entsprechend unterschiedlich. Die Naturwissenschaften können Probleme auf der Sinnenebene nicht angemessen erfassen, die Philosophie kann zu naturwissenschaftlichen Fragen nichts beitragen. Bei psychischen Krankheiten haben beide Perspektiven ihre Probleme. Die Philosophie versucht sie vom Verstehen her zu fassen. Die Psychiatrie folgt hingegen einer stark biologisch geprägten Sichtweise.

Die somatische Sicht dominiert nicht grundlos, geht es in der Psychiatrie doch zunächst um eine akute Intervention, bei der der Patient nicht über das Verstehen erreichbar ist. Die somatische Sicht hat vielfache Kritik hervorgerufen. Vom philosophischen Ansatz des Menschen als Sinnwesen aus bietet sie zwangsläufig nur eine eingeschränkte Perspektive auf den „realen“, „ganzen“ Menschen. Einige Richtungen versuchten deshalb, direkt von der Philosophie aus Therapien zu entwickeln. Am deutlichsten findet sich ein solcher Versuch in der an Heidegger anschließenden Daseinsanalyse von Medard Boss (Binswanger interpretierte – und missverstand – Heidegger hingegen von der Tradition her), auf Wittgenstein berufen sich verschiedene systemische Ansätze.

2 Philosophie in Psychologie und Psychiatrie: Die Daseinsanalyse

Die Daseinsanalyse geht aus vom Menschen als Sinnwesen und thematisiert dessen Weltbezüge. Krankheit ist dann, ganz allgemein gefasst, eine Beeinträchtigung der Verhaltensmöglichkeiten eines Menschen. „Jede Krankheit ist ein Verlust an Freiheit, eine Einschränkung der Lebensmöglichkeit.“² Eine Krankheit verwehrt dem Menschen den freien Vollzug seiner Existenz. Wer sich ein Bein bricht, ist auf die Möglichkeit des Liegens beschränkt. Jede therapeutische Maßnahme versucht, diesen Freiheitsentzug rückgängig zu machen. Die chirurgische Operation eines Beinbruchs zielt mit der Wiederherstellung des Beins auf die Wiederermöglichung des freien Vollzugs der alltäglichen Möglichkeiten. Der Psychiater kümmert sich um eine Art dieser Freiheitsbeeinträchtigung. Er „geht gegen pathologische Beeinträchtigungen menschlicher Weltbezüge in den Bereichen vor, die man das bedachte oder unbedachte Sehen, das Vergegenwärtigen, Erinnern, Wünschen, Wollen und das ‚gefühlsmäßige‘ Sicheinlassen in sie nennen kann.“³

Das Problem des ganzen Ansatzes zentriert sich um den Begriff der Freiheit. Freiheit tritt hier anstelle des Begriffs der Gesundheit. Bekanntlich bereitet die Bestimmung von Krankheit als nicht gesund wenig Probleme, während sich Gesundheit nur schwer positiv bestimmen lässt – negative Bestimmungen lassen größere Freiheitsgrade. Nicht gesund ist immer eine Einschränkung der Freiheit. Aber bedeutet nun umgekehrt Gesundheit dasselbe wie Freiheit? Freiheit ist ein stark normativ aufgeladener Begriff. Heidegger umgeht diese Normativität, indem er Freiheit als Eigentlichkeit vom einzigen „Fixpunkt“ der Existenz, dem Tod her bestimmt. Freiheit bedeutet, sich der „ganzen“ Existenz zu öffnen, den Tod ins Leben einzubeziehen und so *philosophisch bewusst* zu existieren.

Die Daseinsanalyse übernimmt diesen philosophischen Begriff der Freiheit und setzt ihn mit Gesundheit gleich. Entsprechend fordert sie von einem gesunden Menschen dann recht Anspruchsvolles. „Heilung ist gleichbedeutend mit Freiheit. Geheilt, gesund ist der Mensch, der seine Existenz seinen ihm gegebenen Möglichkeiten entsprechend austragen kann, dessen In-der-Welt-sein so gestimmt ist, daß er sachgerecht vernehmen und antworten kann. Sachgerecht heißt hier: unmittelbar auf die Welt bezogen, frei von Vorurteilen, frei von fremder Meinung ... von Ängsten, Zwängen und Sucht; heißt aber auch ... offen für den Reichtum der begehrenden lebenden und toten Natur.“⁴

Das ist nicht Heideggers Begriff der Freiheit. Die Eigentlichkeit als das Sich-dem-Tod-Aussetzen geschieht nur in besonderen Augenblicken. Entsprechend bedeutet die Uneigentlichkeit des Daseins „nicht etwa ein ‚weniger‘ Sein oder einen ‚niedrigeren‘ Seinsgrad. Die Uneigentlichkeit kann vielmehr das Dasein nach seiner vollsten Konkretion bestimmen in seiner Geschäftigkeit, Angeregtheit, Interessiertheit, Genußfähigkeit.“⁵ Sie ist der normale, alltägliche Zustand und kein Zeichen von einer Krankheit. Folgt man der Daseinsanalyse wörtlich, so wäre jeder Mensch krank, denn „ein Mensch, der Vorurteile hat ... ist – analytisch gesehen – nicht

geheilt.“⁶ Der „analytische“ Begriff von Gesundheit wird dann aber unbrauchbar und geht im Übrigen fehl: Gerade wer sich an einen festen Orientierungsrahmen bindet und dessen Beschränktheit nicht sieht, hat es psychisch meist leichter als derjenige, der sich ständig in Frage stellt und in der Offenheit hält. Wie sagt doch der „Jahrhundertzynismus“ (Sloterdijk) von Gottfried Benn so schön: „Dumm sein und Arbeit haben, das ist das Glück.“ Eine philosophisch bewusste Lebensweise ist nicht gleichbedeutend mit Gesundheit. Therapie ist nicht Philosophie, sondern hat die Patientin zu befähigen, mit ihrem Leben auf ihre Weise zurechtzukommen. Die Daseinsanalyse folgt hingegen – und kann deshalb stellvertretend für andere Humanistische Therapien stehen – einfach dem neuzeitlichen Ideal (besser vielleicht: der Ideologie) von Freiheit als Offenheit und Eigenständigkeit und setzt es als Ziel jeder Therapie an. Sie ist denn auch nur eine von vielen Therapierichtungen geblieben.

3 Philosophie in Psychologie und Psychiatrie: Wittgenstein und Luhmann

Die zweite große Richtung der modernen Philosophie, die Sprachphilosophie Wittgensteins, bietet einen plausibleren Ansatz für das Verstehen psychischer Phänomene als der falsch verstandene Freiheitsbegriff Heideggers. Dabei kann man durchaus direkt an Heidegger anschließen. Nach Heidegger zeichnet den Menschen aus, dass er den Dingen Bedeutung zuspricht, dass er als „Da des Seins“ Sinn versteht. Das Dasein operiert als verstehender Sinn. Einzelne Bedeutungen sind ihm verständlich, weil sie in einem Bedeutungsganzen, Sinnsystemen, stehen. Das je konkrete Sinnverstehen geht immer (unausdrücklich) über sich und die Dinge „hinaus“, transzendiert zur „Welt“, zu Sinnhorizonten, von denen her der Einzelsinn verständlich wird. Die „Welt“, der jeweilige Sinnhorizont, gibt jedem Phänomen seine Bedeutung, bleibt aber selbst als Hintergrund verborgen. Der Hintergrund ist selbstverständlich, als solcher aber unthematisch, „unbewusst“. Die Grundlagen des Verstehens, das Vorverständnis, sind nie einholbar. Der unthematische, sinngebende Hintergrund ist aber auf bestimmte Weise gegliedert. Das jeweilige Verstehen folgt einer bestimmten Ordnung, einer bestimmten Logik, folgt einem vorgegebenen, ihm selbstverständlichem, unmittelbar *gewissen* Regelsystem, einer *Grammatik*.

Gewissheit meint die Abwesenheit jeden Zweifels, die Ausschließung jeden Irrtums. Gewissheiten (etwa die Todesgewissheit) sind nicht wahr oder falsch, sondern geben erst den Rahmen, innerhalb dessen etwas als wahr oder falsch qualifiziert werden kann. Mit Grammatik ist hier also die „Tiefengrammatik“ gemeint, die die Bedeutungen festlegt, und nicht die „Oberflächengrammatik“ (die „normale“, syntaktische Grammatik). Diese Grammatik bestimmt das Welt- und Selbstverständnis, die jeweilige Sprache und damit die Lebensform. „Eine Sprache vorstellen heißt, sich eine Lebensform vorstellen.“⁷ Jede Lebensform geht mit einer bestimmten Grammatik einher, deren Gewissheiten sie sich immer wieder selbst bestätigt.

Die Grammatik wird in der Kindheit, meist in der Familie gelernt. Normalerweise führt dies zu einer mit der Gesellschaft mehr oder weniger übereinstimmenden Lebensform. Es können aber auch gesellschaftlich anomale Grammatiken mit der Folge anomaler Lebensformen eingeübt werden, die zu psychischen Problemen oder Krankheiten führen. Dabei tauchen nicht, wie die Psychoanalyse meint, frühkindliche Erlebnisse aus einem Unbewussten wieder auf, sondern eine irgendwann gelernte Grammatik wird beibehalten und führt, etwa nach Verlassen der Familie, zu immer stärkeren Konflikten mit der üblichen Lebensform und Grammatik. Ein in einer Psychotherapie gegen den Therapeuten rebellierender Patient wehrt sich so nicht unbewusst gegen seinen Vater, holt nicht die Rebellion gegen ihn nach, sondern hat – der Anlass könnte der Vater gewesen sein – ein bestimmtes Verhalten gegenüber Autoritäten gelernt (etwa Unterwürfigkeit mit irgendwann scheinbar grundlos ausbrechender Rebellion), das sich auch gegenüber dem Therapeuten zur Geltung bringt.⁸

Ebenso wenig geht es darum, wie Bateson meinte, dass die Anomale eine logisch notwendige Unterscheidung nicht zu treffen vermag. Nach Bateson entstehen schizophrene Situationen durch Doppelbindungen (double-bind): Jemand erhält von einer für ihn bedeutungsvollen Person gleichzeitig einander ausschließende Botschaften, deren Geltung durch Sanktionen durchgesetzt zu werden droht. Der Empfänger glaubt, er erhalte eine einheitliche Information, die eine Antwort erlaube, und sucht sie immer verzweifelter auszumachen. Bateson ging dabei von einer widersprüchlichen Botschaft aus, die sich, im Anschluss an die Typentheorie Russels, durch Unterscheidung verschiedener, etwa averbaler und verbaler Ebenen der Kommunikation vermeiden lasse. Bateson berichtet von einem jungen Mann, der von seiner Mutter in der Klinik besucht wurde, sich impulsiv freute und sie umarmen wollte, worauf sie erstarrte. Er zog seinen Arm zurück, und sie fragte: „Liebst du mich nicht mehr?“ Er wurde rot, worauf sie meinte, er solle doch keine Angst vor seinen Gefühlen haben. Der Patient reagierte daraufhin panisch.⁹ Laut Theorie wird die metakommunikative, averbale Botschaft (Erstarren) auf der verbalen Ebene geleugnet, und der Patient ist nicht in der Lage, über diesen Widerspruch mit seiner Mutter zu kommunizieren, weil er die beiden Mitteilungen auf einer Ebene erlebt und nicht, wie die Typentheorie fordert, averbale und verbale Botschaft unterscheidet.

Die Verwendung der Typentheorie führt nun aber zu folgendem Problem: Angenommen der Patient hätte die Unterscheidung vollzogen, dann läge nach der Typentheorie überhaupt kein Widerspruch vor, da es Widersprüche immer nur auf einer Ebene, aber nicht zwischen den Ebenen geben kann. Das inkongruente Sprachverhalten der Mutter, der anomale Gebrauch des Wortes Liebe, müsste nach der Typentheorie vollkommen in Ordnung sein, sofern nur die Trennung der Ebenen beibehalten wird. Die Trennung zwischen verbaler und averbaler Ebene existiert jedoch nicht faktisch, die Typentheorie beschreibt keine Struktur der Realität, sondern ist ein (problematischer) Versuch, Paradoxien durch eine künstliche Unterscheidung zu vermeiden. Der normale Mensch trennt genauso wenig wie die Schizophrene zwischen unterschiedlichen Sprachebenen, sondern *erlebt* ein inkongruentes Verhalten, das mit Logik nichts zu tun hat. Die jeweilige Grammatik bestimmt vielmehr das Verhältnis von Worten und dazugehöriger Handlung. Im obigen Fall folgt die Mutter einer anomalen Grammatik des Ausdrucks Liebe, der bei ihr mit Erstarren einhergeht, während der kulturell übliche Gebrauch etwa Freude vorsieht. Der Patient kann folglich eine Inkongruenz nur dann erleben, wenn er, wie die Normale, den üblichen Gebrauch schon kennt. Die double-bind Theorie beschreibt Situationen, in denen Eltern das richtig gelernte Sprachverhalten von Kindern systematisch entwerten und dadurch Fremd- und Selbstwahrnehmung durcheinanderbringen. Die Mutter im Beispiel registriert keine Inkongruenz zum normalen Gebrauch, während ihr Sohn, gewissermaßen gesunder als sie, eine Unvereinbarkeit feststellt und in den Konflikt zweier Grammatiken gerät.¹⁰

Die Grammatik ist ein einheitliches Phänomen. Batesons und Watzlawicks Unterscheidungen von verbal und averbal, digital und analog, Inhalts- und Beziehungsaspekt sind analytisch, künstlich, und nur in besonderen Zusammenhängen brauchbar. Das gilt auch für andere systemische Ansätze. Emrich konstruiert etwa ein Modell der Wahrnehmung mit den drei Komponenten oder Systemen Sinnesdaten, Konzeptualisierung (Phantasiesystem), Zensur (Wirklichkeitskontrolle). Bei psychisch Kranken, aber auch bei Künstlern ist danach die Wirklichkeitskontrolle geschwächt, so dass sie stärker in ihrer Phantasiewelt leben. In einer Psychose kann Verdrängtes spontan offen zutage treten – aber auch unter Drogen und in sonstigen Rauschzuständen. Der Nachteil solcher Modelle ist, dass die zunächst nur postulierten Systeme unter der Hand real werden, so dass dann Neuroleptika deshalb wirken sollen, weil sie das Phantasiesystem hemmen oder Medikamente gegen Epilepsie, weil sie das Korrektursystem stärken. Schließlich beginnt man, nach den entsprechenden neuronalen Systemen zu suchen – das Modell schafft sich seine Wirklichkeit!¹¹

Beobachten lässt sich nur, dass die Anomale in einen Konflikt mit der gesellschaftlichen Realität gerät. „Daß das Leben problematisch ist, heißt, daß Dein Leben nicht in die Form des Lebens paßt. Du mußt dann Dein Leben verändern, und paßt es in die Form, dann verschwindet das Problematische.“ Das heißt umgekehrt, dass psychische Krankheit droht, wenn ein Mensch in einer für ihn falschen Lebensform lebt. „Bring den Menschen in die unrichtige Atmosphäre und nichts wird funktionieren, wie es soll. Er wird an allen Teilen ungesund erscheinen. Bring ihn wieder in das richtige Element, und alles wird sich entfalten und gesund erscheinen. Wenn er nun aber im unrechten Element ist? Dann muß er sich also damit abfinden, als Krüppel zu erscheinen.“¹² Führt eine vom Normalstandpunkt aus seltsame oder widersprüchliche Grammatik hingegen zu keinen großen Konflikten – etwa bei Künstlern, deren „Wahn“ nicht als Fehlbeurteilung, sondern als neue Sicht der Realität gilt –, lebt die Betreffende einfach eine unübliche, aber für sie passende Lebensform. Psychisch krank ist dann zum einen diejenige, die sich aufgrund einer abweichenden Grammatik anders als die jeweilige Normalgesellschaft verhält und in zu starke Konflikte mit ihr gerät, zum anderen diejenige, die an den Ansprüchen der normalen Grammatik scheitert, also diejenige, für die die normale Grammatik nicht passt. Karrierestreben und Karriereerwartungen sind etwa normale Regeln des Berufslebens, an deren Befolgung viele psychisch zugrunde gehen, weil sie sich keine Alternativen, keine andere Grammatik, denken können.

Die Schwierigkeit, von der jede Therapie (unter dem Namen „Widerstand“) weiß, liegt dann darin, dass die Grammatik als das Gewisse nicht widerlegt werden kann. Es geht hier nicht um die Berichtigung von Fehlern – Fehler setzen einen gemeinsamen Bezugsrahmen voraus –, sondern um den selbstverständlichen Rahmen. „Man könnte Einem, der gegen die zweifellosen Sätze Einwände machen wollte, einfach sagen ‚Ach Unsinn!‘. Also nicht ihm antworten, sondern ihn zurechtweisen.“ Die Karriere ist selbstverständlich das Wichtigste im Leben! „Wenn einer Zweifel in mir ... aufrufen wollte ... und ich ließe mich nicht erschüttern und bliebe bei meiner Gewißheit – dann kann das schon darum nicht falsch sein, weil es erst ein Spiel definiert.“¹³ Die Anomale muss zu einer anderen Lebensform überredet, „bekehrt“ werden.

Immer geht es dabei um den Umgang mit den anderen, um Kommunikation, also nicht um „innere“ Probleme. „Was immer über psychische Systeme in Erfahrung gebracht werden kann, läuft über die Schienen kommunikativer Prozesse ... auch und gerade dann, wenn von introspektiv gewonnenen Einsichten die Rede ist. Im Augenblick, in dem sie über die Rampe des psychischen Systems gehen (und hier sind ja schon hochselektive Prozesse im Blick auf Kommunizierbares vorgeschaltet), werden sie eingebaut in Kommunikation, sind sie nicht mehr das, was sie als Gedanke waren, nicht einmal für das psychische System, das den Gedanken hegte.“ Bei psychischen Problemen geht es um Widerstand gegen eine Lebensformänderung und bei der Therapie um Überwindung des Widerstands, um „eine Form der Kommunikation, die gewissermaßen unter ‚Auslassung des Verbotenen‘ bei Zielrichtung auf Verbotenes geführt wird.“¹⁴ Über unmittelbar Gewisses, die krank machenden Gewissheiten, diskutiert man normalerweise nicht, es ist insofern Verbotenes, als mit seiner Thematisierung (die seinen Status als gewiss in Frage stellt) die jeweilige Lebensform fraglich wird, und sie aufzugeben bedeutet, seine bisherige Identität zu verlieren.

Rückt man die Kommunikation in den Mittelpunkt, so geht es nicht mehr um das Aufeinandertreffen von „ganzen“ Menschen. Soziale Systeme operieren mit Kommunikation und sind nicht aus Personen als ihren Teilen oder Elementen zusammengebaut. Eine Therapie, die soziale Systeme nicht aus Kommunikation, sondern aus Subjekten und ihren Beziehungen bestehend ansieht, löst sich nicht ausreichend von der Schuld-Zurechnungspraxis der Patienten. Nicht einzelne Subjekte, sondern die zum destruktiven Selbstläufer entartete Kommunikation, die Selbstbeschreibungen und Zurechnungen innerhalb von sozialen Systemen, schaffen die

Probleme.¹⁵ Die Systemtherapie beobachtet die Zurechnungspraxis, die Strukturen, die für das System selbst latent bleiben, nämlich die Grammatik, die unhinterfragten Gewissheiten, die die Kommunikationskonflikte und defizienten Verhaltensweisen im sozialen Umgang bewirken. Thematisiert werden nicht unbewusste Wünsche oder Triebe, sondern Kommunikationsblockaden zwischen Gesunden und Kranken und die ihnen zugrundeliegende Grammatik, die so zu verändern ist, dass sie ein normales Leben erlaubt. Weltbild und Verhalten der Patientin müssen wieder zu ihrer gesellschaftlichen Umwelt passen. Die Frage nach der Richtigkeit einer Intervention beantwortet die Patientin dadurch, dass sie ihre Symptome behält oder aufgibt, und an diesem pragmatischen Kriterium entscheidet sich die „Richtigkeit“ einer Krankheitstheorie.

4 Die Manie

Einen Extremfall fehlender Krankheitseinsicht, einer festgefahrenen Grammatik bei starkem Kommunikationskonflikt mit der Umwelt bietet die Manie.¹⁶ Bis in die neunziger Jahre wurde die Manie gegenüber der Depression vernachlässigt. Das lag nach allgemeiner Meinung daran, dass die Krankheit als biologisch-genetisch verursacht, die medikamentöse Behandlung als ausreichend galt und psychische Faktoren unterschätzt wurden. Ein Grund könnte aber auch sein, dass die gesprächstherapeutischen Ansätze, die die Annahme rein biologischer Verursachung psychischer Krankheiten normalerweise scharf kritisieren, diese Herausforderung lieber umgingen: Der Maniker ist in höchstem Maße „da“, geprüch- und argumentationsfreudig, und doch auf der Sinnebene nicht erreichbar. Jede Intervention ist deshalb schwierig. „An sich“ wäre so die Akuttherapie der Manie, ihre medikamentöse Herabstimmung, kein Problem – wenn sie zustande käme, denn der Maniker fühlt sich nicht krank. Deshalb wird eine Manie, insbesondere in den leichteren Ausprägungen, zunächst auch von der Umwelt ohne Eingriffe hingenommen – nach der allgemein angenommenen Prävalenz von ca. 1% für die Bipolar-I-Störung (mit Bipolar-II 5%) müsste es in Deutschland 800.000 Patienten geben, aber nur 54.000 (knapp 7%) erhalten Lithium.¹⁷ Dem kommt entgegen, dass die Gesellschaft Aktivität, Dynamik, Produktivität, Kreativität, Mobilität betont, so dass sich sogar die Frage stellen lässt, ob heute nicht ein Zeitalter der Manie herrscht.¹⁸ Die außergewöhnliche Leistungsfähigkeit des Manikers erscheint zunächst als positiv.

Die Daseinsanalyse begreift die Manie von ihrem Begriff der Freiheit her. Den Manikern gelingt „keine echte Nähe zu irgendeinem Anwesenden“. Sie können sich auf nichts ernsthaft einlassen und bei nichts „besonnen Verweilen“. Gehetzt überrennen sie alles Vergangene, Gegenwärtige und auch das geplante Zukünftige. Der Maniker kennt „kein freies, offenes Gegenüber zu dem ihm Begegnenden“.¹⁹ Sprich: Im Vergleich mit dem gesellschaftlich Üblichen zeigt sich die Krankhaftigkeit des Verhaltens. Es zeichnet sich durch eine gehobene und zugleich gereizte, überhebliche, aggressive Stimmung, durch Redefluss und eine krankhaft gesteigerte Aktivität aus (die „Lehrbuch-Trias“). Mit ihnen geht eine absolute Kritiklosigkeit einher: Der Maniker ist sich seiner Sachen gewiss, ist vollkommen von sich überzeugt. Für ihn gibt es bezüglich seines Handelns kein richtig oder falsch. Alles was er macht, ist „richtig“, genauer: Die Frage von richtig oder falsch stellt sich überhaupt nicht. Der Maniker handelt intuitiv nach seinen Gewissheiten, und in seinen Gewissheiten kann man sich nicht täuschen. Der Zweifel ist ausgeschlossen, der Maniker einer normalen Kommunikation, Einwänden gegen sein Verhalten nicht zugänglich, so dass oft nur noch körperlicher Zwang bleibt.

Warum kippt die Manie aber oft in die Depression? Die Gewissheit, alles zu können, weicht plötzlich der Gewissheit, ein Nichts zu sein. Das Selbstwertgefühl wird in der Manie durch Verleugnung der Realität übersteigert, in der Depression durch Verleugnung der eigenen Möglichkeiten auf null reduziert. Die Gewissheit besteht dann aber darin, dass die Manisch-Depressive hier nur eine ausschließende Alternative, einen konträ-

ren Gegensatz, sieht: Entweder alles oder nichts – Zwischenstufen gibt es nicht. Damit stimmt überein, dass die Manisch-Depressive angeblich Ambivalenzen (Hass und Liebe) sowie Konflikte nur schwer ertragen kann und in eine Richtung aufzulösen versucht, während das Zurückpendeln in die Mitte erschwert ist.²⁰

Allerdings gilt das in reiner Ausprägung nur während der Krankheit. Die Gewissheit des „Entweder oder“ kommt erst in der Manie voll zur Geltung. Sie muss dann aber latent immer schon da sein. Wenn es jedoch um eine latente Gewissheit geht: Ist vielleicht jede für diese Alternative – Genie oder Versager – anfällig und immer vom Abrutschen ins Extrem bedroht? „Wenn wir im Leben vom Tod umgeben sind, so auch in der Gesundheit des Verstands vom Wahnsinn.“²¹ Findet sich die Normale nur mehr oder weniger gut damit ab, Mittelmaß zu sein? Und ist das Abrutschen in eine Depression angesichts der offensichtlichen Ersetzbarkeit einer jeden in der Gesellschaft nicht gut verständlich? Der Maniker mit seiner „grundlosen“ Hochstimmung ist im Gegensatz zur Depressiven – insbesondere vom Philosophen mit seinem Hang zur Melancholie – schwer zu verstehen. Macht vielleicht dieses Unverständnis die Annahme biologischer Ursachen der Manie besonders plausibel?

Die Gründe, warum eine Manie ausbricht, sind wie bei vielen anderen Krankheiten, nur grob bekannt. Keine Therapie kommt jedoch ohne Annahmen über bestimmte Wirkungswege aus. Während bei der Depression immer eine reaktive, psychische gegenüber einer endogenen Entstehung diskutiert wurde, fand sich keine solche Unterscheidung bei der Manie – eine psychische Auslösung schien unvorstellbar. Heute hat das Vulnerabilitäts-Stress-Modell einseitige Entstehungsannahmen abgelöst: Biologische Veranlagungen – erbliche oder auch (etwa durch Virusinfektionen) erworbene Fehlfunktionen des Gehirns – und psychosoziale, etwa durch Erziehung bedingte Verletzlichkeiten führen bei nicht zu bewältigendem psychosozialen Stress zum Ausbruch von Depression oder Manie – wobei Schlafmangel eine große Rolle spielt. Zu einer Veranlagung kommen Stressfaktoren und ein konkreter Auslöser hinzu. Genetische Faktoren scheinen dabei eine große Rolle zu spielen. Untersuchungen bei eineiigen Zwillingen ergaben Konkordanzen von 60 bis über 80%. Auch wenn das zugleich für einen nicht vernachlässigbaren Einfluss von Umweltfaktoren, für eine multifaktorielle Entstehung spricht, so bleibt doch die biologische Vulnerabilität entscheidend: „Bipolare Erkrankungen lassen sich im Wesentlichen auf genetische, neurochemische, hormonelle und mit dem Schlaf-Wach-Rhythmus zusammenhängende biologische Faktoren zurückführen.“²² Entsprechend diesem Modell dominiert bei der Therapie die medikamentöse Behandlung. Sie wird ergänzt durch die Psychoedukation, die zum einen die Akzeptanz der Medikamente und damit ihre korrekte Einnahme sichern, zum anderen Stressvermeidungs- und Stressbewältigungstechniken lernen soll.

Für dieses stark biologisch ausgerichtete Modell scheint auch zu sprechen, dass die ersten Episoden zwar durch starke psychosoziale Belastungen ausgelöst werden, weitere Episoden angeblich jedoch schon bei leichteren Problemen folgen, bis schließlich Episoden ohne sichtbare Belastungen auftreten. Die Phasen scheinen die biologische Vorbelastung zu verstärken, die Sensibilität des Nervensystems für bestimmte Ereignisse zu erhöhen und so die Schwelle für neue Phasen ständig herabzusetzen.

Warum aber betont man hier den „Umweg“ über die neuronalen Prozesse? Wieso genügt es nicht, „normale“ Lernprozesse anzunehmen? Nicht bestimmte Neuronenmuster spielen sich dann ein, sondern Verhaltensmuster. Und ist nicht auch Vulnerabilität ein vager Begriff? „Unter dem Titel Prädisposition werden nur zu oft von Generation zu Generation weitergegebene Verhaltensregeln verstanden.“²³

In diese Richtung, auf die Sinnebene, scheint auch zu weisen, dass in jeder Manie eine „manische Aussage“ geschieht.²⁴ Für den Maniker dreht sich alles um ein oder nur wenige, verwandte Themen, um ein Kernproblem. Der Maniker hat sich in der Partnerschaft, Familie, im Beruf, finanziell festgefahren. In der krankhaften manischen Geschwätzigkeit (Logorrhöe) findet eine Art Vergangenheitsbewältigung statt (mit dem Thema: an was bin ich bisher gehindert worden) und Projektionen in die Zukunft, die die eigenen Ziele und Wünsche betreffen. Im Rededrang der Manie kann man deshalb in kurzer Zeit mehr über den Maniker lernen als in einer langwierigen Therapie. Mit der Remission fällt hingegen ein Vorhang, der auch der Patientin die Einsicht in ihre Beweggründe verwehrt.

Trotzdem wird die Manie von der Psychotherapie – im Gegensatz zur Depression – weitgehend ignoriert. Mit der Depressiven kann man Gespräche führen, Sitzungen abhalten, und diese Struktur auch nach dem Abklingen der Depression beibehalten. Der Maniker ist für normale Gespräche nicht erreichbar, ja boshaft, scheint absichtlich überdreht – am ehesten ist noch eine Therapie in der Gruppe möglich, wo eine ganz andere Dynamik herrscht. Nach der manischen Phase ist die Therapie hingegen auf Medikamenteneinnahme und normale Lebensführung zentriert – was schon recht viel ist. Klassisch therapeutisch gelten Distanz, Sedieren, stationäre Aufnahme als Mittel der Wahl, während ein Fruchtbarmachen der manischen Aussage einen intensiven Gesprächskontakt, geringe Sedierung und möglichst die Vermeidung einer stationären Aufnahme erfordern würde – die Hospitalisierung schwächt das Selbstbewusstsein, eine ambulant gemeisterte Krise stärkt es.

Allerdings: Niemand fordert, auf der Sinnebene allein zu therapieren, und Lithium ist das zentrale Mittel der Prophylaxe, das – niemand weiß genau wie – auf die Neuronen wirkt. Die nicht nur akute, sondern prophylaktische Wirkung macht das biologische Modell, den „Umweg“ über die Neuronen, plausibel. Dass mit psychischen Problemen bestimmte Neuronenmuster einhergehen und umgekehrt mit bestimmten Neuronenmustern Störungen des Weltbezugs ist unbestritten. Wie aber sind die Wirkungswege? Warum verschwinden bestimmte psychische Probleme bei Verhaltensänderungen, warum wirken bei anderen nur Medikamente? Warum scheint einmal die Sinnebene die Neuronen, warum scheinen das andere Mal die Neuronen die Sinnebene zu bestimmen?

5 Körper und Geist

Nach heutigem Verständnis ist das Bewusstsein an die neuronalen Prozesse des Gehirns gebunden. Da alle Bezüge von Körper und Bewusstsein über sie laufen, stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis Bewusstsein und Gehirn stehen. Der Einfluss des Körpers, also letztlich neuronaler Prozesse, auf den Geist ist offensichtlich, aber ebenso, dass psychische Probleme, entsprechend auch psychisches Wohlbefinden, den Zustand des Körpers beeinflussen. Unklar sind allerdings die Wirkungswege: Wie schafft es der Körper, die Gedanken zu beeinflussen, und wie bringen Gedanken körperliche Reaktionen hervor? Wenn ein Standardeinwand gegen die neuronale Bestimmung der Gedanken lautet, dass Neuronen nicht denken können, so gilt auch das Umgekehrte: Wie machen es die Gedanken, die nichts Neuronales an sich haben, auf die Neuronen zu wirken?

Solche Fragen will die Philosophie des Geistes klären. Sie hat bisher zu keinen allgemein anerkannten Ergebnissen geführt. Das deutet daraufhin, dass es sich hier um ein sprachliches Problem handelt – ein Problem, das „nur“ für die Sprache existiert.

Geht man vom Selbstverständnis der Psychologie aus, so bezieht sich das mentale, das auf den „Geist“ bezogene Vokabular auf das Erleben und Verhalten. Teils benennt es Phänomene wie Wünsche oder Meinungen,

die sich auf sozial gemeinsame Phänomene beziehen und sich ohne Rückgriff auf innere Vorgänge als Verhaltensdispositionen beschreiben lassen. Es benennt aber auch und oft zugleich Empfindungen, Gefühle, Emotionen, Zustände oder Prozesse, die als subjektiv, als innere Gegebenheiten, zugeschrieben werden und ein Teil der Ich-Identität bilden. Auch subjektive Erlebnisse äußern sich im Verhalten: Erleben und Verhalten sind (begrifflich, logisch) miteinander verknüpft. Subjektives Erleben ist auch kein isoliertes Erleben eines Ich, sondern sozial bestimmt. Im Gegensatz zur Kommunikation über das sichtbare und wissenschaftlich beschreibbare Verhalten hat die Einzelne bei der Kommunikation über ihre Erlebnisse aber eine privilegierte Stellung: Sie erfährt sich selbst unmittelbar, kann sich über ihre Selbstzuschreibungen nicht täuschen (Erste-Person-Perspektive), und diese Gewissheit wird auch sozial anerkannt. Für den außenstehenden Beobachter (Dritte-Person-Perspektive) sind Annahmen über das psychische Erleben von anderen hingegen empirisch: Man kann sich in den Zuschreibungen täuschen oder getäuscht werden. Die psychischen Begriffe berücksichtigen diesen Unterschied, zeigen an, dass in der Sinnsphäre der Unterschied von erster und dritter Person bedeutsam ist. Im Gegensatz dazu kennt das physikalische oder neuronale Vokabular, ebenso der Behaviorismus, nur die Dritte-Person-Perspektive, ist kommunikatives, wissenschaftliches Wissen und bezieht sich auf Sinn-loses, hier also nur auf Körperliches. Beide Beschreibungen sprechen über ein einziges Phänomen, das doch nichts Drittes gegenüber ihnen ist. Eine Trennung von Geist und Körper findet sich bei keiner Aktivität. Das Leben kennt kein Problem der Überbrückung von Körper und Geist, aber es gibt keine Sprache, die das einheitliche Phänomen zugleich in der Erlebnis- und Objektperspektive fassen könnte. Das Paradox, dass der Körper zugleich geistig, der Geist körperlich ist, wird deshalb über die Bereichsunterscheidung von Körper und Geist zu entparadoxieren versucht.

Das scheint gerade heute plausibel, wo die Evolutionstheorie in der Gesellschaft den Rang einer Grundgewissheit einnimmt. Der Geist oder das Bewusstsein „emergieren“, bilden sich als eigenständige Phänomene im Zuge der biologischen Evolution des Lebens im Ausgang von niederen Stufen. Die materiellen Vorgänge auf der untersten Stufe der Evolution lassen sich kausal erklären. Die Aktivitäten von Lebewesen folgen Programmen, die nur in teleonomischer Beschreibung verständlich werden. Handlungssubjekte handeln wegen eines Zwecks, weshalb hier die psychologische, intentionale Erklärung mit Absichten, Überzeugungen angebracht ist. Das unterschiedliche Vokabular folgt aus einer unterschiedlichen räumlichen und zeitlichen Einordnung der Phänomene.²⁵ Das gleiche Phänomen kann dann als Ansammlung von Materie eingeordnet werden, wobei die emergenten Stufen ausgeblendet bleiben, oder als psychischer Zustand, der die niederen Ebenen vernachlässigt. Die unterschiedlichen Eigenschaften ergeben sich aus den unterschiedlichen Begriffsfeldern und Einordnungsverfahren.

Die Neurobiologie verweist auf die notwendigen Bedingungen der unteren Stufen. Bewusstsein, das erst auf einer späten Entwicklungsstufe auftaucht, kann nicht ohne Körper, ein Körper aber ohne Bewusstsein sein. Das Gehirn ist eine seiner notwendigen Bedingungen: Jeder Bewusstseinsakt geht mit neuronalen Aktivitäten einher. Angesichts der Abhängigkeit des Bewusstseins von seinen neuronalen und körperlichen Bedingungen, die sich auch in seiner starken Beeinflussbarkeit durch sie zeigt, liegt der Versuch einer Reduktion auf die notwendigen Bedingungen nahe, obwohl sie „nur“ „technisch“ bedeutsam sind: Von ihnen her lassen sich die Bedingungen für das Normaloperieren angeben und „Defekte“ (sofern sie nicht zu stark von der Sinnebene mitbestimmt sind) eventuell heilen. Die neuronalen Bedingungen sind notwendig für das „Dass“ des Bewusstseins. Für das Bewusstsein selbst sind jedoch allein die Bewusstseinsakte, sein Operieren, das „Wie“, von Bedeutung, und es hat keinen Zugang zu seinen neuronalen Bedingungen – das Selbstbewusstsein situiert sich nur in seinem Leib – und braucht ihn auch nicht, um funktionieren zu können. Es benutzt sie, um nach seinen

eigenen Gesetzen zu operieren. Insofern ist es – sofern Grenzwerte nicht überschritten werden – plausibler, die neuronalen Bedingungen im Dienste des Denkens zu sehen als umgekehrt. Eine Wechselwirkung hat nicht kausal statt – Kausalitäten gibt es nur auf gleicher Ebene –, sondern es handelt sich hier um Eigenschaften und Aktivitäten eines übergeordneten Ganzen gegenüber von „Teilen“ – die Verdinglichung von Geist und Körper zu zwei Bereichen missversteht das einheitliche Phänomen. Die durch mentale Begriffe (denken, fühlen, wollen) benannten Phänomene bezeichnen Eigenleistungen des „ganzen“ Organismus und schließen immer körperliche Vorgänge ein: Es ist der Gesamtorganismus, der denkt, fühlt, will, leidet, nicht einfach das Bewusstsein. Beim psychischen Vokabular geht es nicht um Inneres oder Teile des Körpers, sondern um Aktivitäten und Erlebnisse, die der Einzelnen als solches, als „Ganzes“, als „Seele“ und Leib, zugerechnet werden und mit ihrer Lebensgeschichte zusammenhängen.

Das mentale Vokabular beschreibt die Eigenheiten des Menschen als Sinnwesen, als Dasein, als Bezug zum Sein (wozu auch der wissenschaftliche Bezug zu den Neuronen gehört). Bezüge aber lassen sich nicht anders denken als über Bezugspunkte. Die Sprache teilt die einheitliche Welt in vielfache Bezüge auf, unter anderem in Subjekt und Objekt, Seele und Leib oder Geist und Gehirn. Hat man das, was nur zusammen als Bezug, als Einheit, auftritt, erst einmal in zwei unterschiedliche Bereiche, Ebenen oder Bezüge getrennt, drängt sich immer wieder die Frage nach ihrem Verhältnis auf. Die Sprache unterscheidet Zusammengehöriges, macht es zu Unterschiedlichem, und kann dann bei Grundunterscheidungen wie Körper und Geist die Einheit nicht mehr als Einheit verstehen.

Geht man von der Sprache aus, dann bildet sich der Geist oder das Bewusstsein mit oder in der Unterscheidung Geist/Körper. Alles beim Menschen hat aber mit dem Geist zu tun. Die traditionelle Rede vom objektiven Geist war nicht nur metaphysisch: Der Geist materialisiert sich in kulturellen Erzeugnissen, stellt ein soziales Phänomen dar, ohne das das Individuum nicht begriffen werden kann. Diese soziale Bestimmtheit kommt in der Philosophie des Geistes zu kurz. Es gibt überhaupt kein Problem des Bezugs von individuellem Geist und Körper, weil sich der – vom Körper abhängige – Geist nicht individuell, sondern sozial bildet. Das Individuum ist nicht der Geist, sondern eines seiner Sinnsysteme. Versteht man Geist als individuelles Phänomen, dann erscheint das intentionale oder phänomenale Bewusstsein als geheimnisvolle, nicht aus dem Zusammenwirken von Neuronen erklärable Eigenschaft. Der Geist ist jedoch wie andere emergente Phänomene auch von dem Zusammenwirken von Einzelementen her, systemisch, erklärbar, nur muss man dazu auf der Sinnebene bleiben. Er bildet sich als Kommunikation und individuelles Verstehen, wenn die System„elemente“, die einzelnen Sinnbeiträge (die sich zugleich erst mit Sinnsystemen bilden), aufeinandertreffen.

Wenn Geist subjektive und objektive Phänomene meint, ist er identisch mit dem Dasein, der Sprache, und als ein Begriff, der stark traditionell belastet ist, überflüssig. Das Geist-Gehirn-Problem ist letztlich das Problem des Verhältnisses von Sprache und ihren (sozialen, individuellen, chemischen, physikalischen) Voraussetzungen, die einerseits eine Einheit bilden, andererseits (sprachlich) unterschieden werden müssen, gerade nicht als Einheit, als dasselbe, denkbar sind. Das Verstehen stößt hier auf ein es blockierendes Paradox.

6 Gefühle und Denken

Bei der Manie und Depression kommt eine weitere problematische Unterscheidung zur Anwendung. Sie gelten als *affektive* Störungen. Beim Menschen, der sich in Sinn bewegt, zeigen nicht nur die basalen Empfindungen von Lust und Leid (angenehm/unangenehm) das jeweilige Befinden an, sondern auch Gefühle.²⁶

Für die als Gefühle bezeichneten Phänomene existiert keine allgemein anerkannte Abgrenzung. Es bleibt unklar, was alles zu ihnen zählt – je nach Sprache soll es 200 bis 1000 Gefühlsbezeichnungen geben –, und auch die einzelnen Gefühlsbezeichnungen bleiben uneindeutig. „Gefühl“ wird auch als Oberbegriff für alle subjektiven Wahrnehmungen innerer und äußerer Zustände benutzt. Dann lassen sich etwa Empfindungen, Emotionen, Stimmungen unterscheiden. Empfindungen, die körperlichen Wahrnehmungen im engeren Sinn wie das Durstgefühl oder Schmerz, werden meist durch physiologische Prozesse erzeugt. Emotionen sind intentional ausgerichtet (auf das das Gefühl verursachende Phänomen). Stimmungen sind hingegen nicht-intentional, wirken diffus, längerfristig und beziehen sich auf das „Ganze“ der Welt, erschließen das jeweilige Leben: Verstehen und Gefühle sind in Stimmungen eingebettet.

Die Psychologie konzentriert sich auf die Erforschung der das Miteinanderleben direkt bestimmenden und verhaltensauffälligen Emotionen. Hier lassen sich zunächst Dispositionen – Emotionen als Persönlichkeitsmerkmale, als Anfälligkeit für bestimmte Emotionen (Leidenschaften) – von akuten Emotionen (Affekten) unterscheiden. Die Dispositionen sind gewissermaßen der Hintergrund, der die Richtung der akuten Emotionen bestimmt. So diskutiert man das (hypomanische) Temperament als Grundlage der Manie.²⁷

Emotionen sind nun aber nicht einfach Gefühle, sondern Reaktionssyndrome, ein hypothetisches, nicht direkt beobachtbares Konstrukt, das aus mehreren Komponenten besteht: aus der affektiven, der *Gefühlskomponente*, dem subjektiven Emotionserlebnis; aus der *kognitiven Komponente*, der Situationsauffassung (sie kann bezüglich ihrer sozialen Angemessenheit bewertet werden – die manische Situationsauffassung ist unangemessen); aus den (neuro)physiologischen, *körperlichen Reaktionen* (Erröten, Schwitzen als Begleitphänomene); aus dem *motorischen Ausdruck* (Gestik, Mimik); aus den *Handlungstendenzen* (Fliehen, Aggression). Emotionen „koppeln“ Veränderungen in mehreren „Subsystemen“ des Organismus und erzwingen eine Gesamtreaktion.

Wiederum handelt es sich um ein einheitliches Phänomen, das die Sprache „nachträglich“ trennt. Es gibt keine rein kognitive Repräsentation einer Situation, zu der nachträglich ein Gefühl hinzutritt und kein Gefühlserlebnis ohne Situationsrepräsentation. Denken und Gefühl treten nur zusammen auf, sind gleich ursprünglich (wobei das unmittelbare Gefühl, die Stimmung, den Vorrang hat). Die Unterscheidungen innerhalb der Gefühlssphäre und die Unterscheidung von Kognition und Gefühlen sind wiederum kein Problem von unterschiedlichen Bereichen, sondern ein Begriffsproblem. Das einheitliche Phänomen des menschlichen Lebens wird begrifflich in unterschiedliche Facetten aufgespalten, die dann die Grundlage für die Erklärung und Einordnung von Phänomenen bieten. Die Schizophrene fällt vor allem durch ihre Wahnideen, „kognitiv“, auf, der Maniker durch seine übersteigerte Aktivität und seine überdrehte Gestik und Mimik „emotional“. Die „Künstlichkeit“ dieser Unterscheidung wird dann durch Zuschreibung von Übergangszuständen (manisch angetriebene Schizophrenien, schizoaffektive Psychosen) gemildert.

7 Die Paradoxie der Einheit von Unterscheidungen

Unterscheidungen trennen einerseits ihre Werte, beziehen sie andererseits aufeinander. Damit etwas unterschieden werden kann, müssen sich die beiden Werte zugleich auf dasselbe Phänomen, eine Einheit, beziehen können (etwa Geist und Körper auf eine Person). Unterscheidung und Einheit, Differenz und Identität, verweisen aufeinander. Eine Unterscheidung setzt nicht nur Identität voraus, sondern umgekehrt lässt sich eine Identität auch nur durch eine Unterscheidung identifizieren (etwas als Person durch Unterscheidung von Tieren), wie schon die Tradition wusste (omnis determinatio est negatio). Unterscheidung und Identität verweisen

jedoch nicht nur aufeinander, sondern sind selbst eine Unterscheidung, die Identität voraussetzt. Dieses Paradox der gleichzeitigen Differenz und Identität ergibt sich aber bei jeder Unterscheidung. Bevor sie angewandt, entfaltet wird, ist die Unterscheidung die Einheit ihrer zwei unterschiedlichen Werte: Das Unterschiedene zeigt sich als dasselbe. Alle Unterscheidungen sind in letzter Instanz paradox, können nicht das leisten, was sie vorgeben: eine klare Differenz zu setzen.

Im alltäglichen Operieren werden Unterscheidungen als gegeben, entfaltet vorausgesetzt – Verwechslungen zeigen, dass auch hier eine Einheit vorhegeht. Die Probleme der Selbstanwendung tauchen erst auf, wenn die Unterscheidung selbst in Frage steht. Das stellt aber nicht nur ein theoretisches Konstrukt dar, sondern bereitet, wie Luhmann in seinem Werk zeigt, in allen Bereichen auch praktische Schwierigkeiten. Im Bereich des Rechts und der Politik braucht es eine oberste Instanz, die die Unterscheidung von Recht und Unrecht entfaltet, das Recht vom Unrecht trennt. Es bleibt jedoch unentscheidbar, ob diese Festlegung selbst Recht oder Unrecht ist. Im Falle der Wirtschaft steht die Zentralbank außerhalb des Wirtschaftscodes Zahlen/Nichtzahlen und bestimmt, auch wenn sie wirtschaftliche und politische Interessen berücksichtigt, souverän über den Preis des Geldes. In der Wissenschaft fehlt hingegen eine oberste Instanz, die über den Code richtig/falsch zu entscheiden vermag, was zum Methodenpluralismus führt und immer den Vorwurf erlaubt, den falschen Ansatzpunkt gewählt zu haben. Die Religion muss sich mit den Paradoxien eines zugleich als transzendent und immanent gedachten Gottes herumschlagen, die Ethik und Politik, mit der Frage, ob der Einsatz von Moral moralisch gerechtfertigt ist. Und die Psychiatrie weiß nicht, wie die Einheit von Geist und Körper gedacht werden soll.

8 Empirische „Lösungen“ des Körper-Geist-Problems

Paradoxien blockieren jede weitere Operation – an sie lässt sich nicht anschließen. Offensichtlich sind jedoch Therapien von Krankheiten möglich. Sie kümmern sich, wie das Leben überhaupt, nicht um Paradoxien. Die Unterscheidung von Körper und Geist wird als entfaltete hingenommen und nicht weiter hinterfragt, vielmehr über ihre Probleme, die Wirkungswege, spekuliert.

Welche „Lösung“ kann hier überzeugen? Sie muss von den heutigen Gewissheiten ausgehen, dass Physisches nur auf Physisches und Sinn nur auf Sinn wirkt. Mit Sinn, etwa menschlichen Gedanken, gehen zugleich aber immer materielle Vorgänge einher. Kann die Rede von Korrelationen das Problem plausibel lösen? Wenn ein Maniker und seine Gedanken medikamentös heruntergestimmt werden können – ist dann die Rede von einer Wirkung der Medikamente nicht ganz natürlich?

Eine plausible Erklärung bietet hier die ökologische Systemtheorie, die von einer hierarchischen Strukturierung von Systemen ausgeht. Nach ihr kontrollieren übergeordnete Ebenen mit langsamen, großräumigen Prozessen untergeordnete Ebenen und koordinieren das Gesamtgeschehen (etwa in der Folge Ökosystem, Population, Organismus). Die unteren, enger gekoppelten Ebenen sind den Einflüssen der oberen ungefiltert ausgesetzt (die abiotisch-biotischen Dynamiken eines Ökosystems beschränken Population und Organismus), während die oberen, lose gekoppelten, die Signale der unteren filtern. Bei Überschreiten von Grenzwerten kann jedoch die Hierarchie gebrochen werden, so dass die unteren Ebenen zum Schaden des Ganzen das Geschehen bestimmen.²⁸

Nach der heute plausiblen Evolutionstheorie – für die Wissenschaft ist sie eine Grundgewissheit – ergab sich eine solche Hierarchie auch beim Menschen: Leben entsteht aus Unorganischem und bringt auf höheren Stu-

fen Bewusstsein, schließlich Sprache hervor. Im Normaloperieren benutzt die obere Ebene, die Sprache, die Neuronen für ihre Zwecke. Werden jedoch bestimmte Grenzen überschritten, kippen die Systemebenen und die unteren Ebenen bestimmen die oberen – mit unabsehbaren Folgen für die Sinnebene. Der Mechanismus an sich war immer schon bekannt: Die fastende Heilige entzieht dem Körper solange Nahrung, bis sie in visionäre Zustände gerät, Alkohol und Drogen überschreiten obere Grenzen – mit ebenfalls gravierenden Konsequenzen auf Sinnebene. Bei Depression und Manie zeigt sich als sichtbarer Mangel ein Schlafdefizit: Die Depressive kann nicht schlafen, der Maniker braucht nicht zu schlafen. Allerdings wirkt der Schlafmangel vor allem in Richtung Manie, ja kann sie auslösen (weshalb eine Schlafentzugstherapie bei Depression vorsichtig zu handhaben ist): Konflikte, durchaus auch positive Emotionen, verursachen Schlafstörungen, diese unterbrechen biologische und soziale Rhythmen und über bisher unbekannte Mechanismen kommt es zu einer Zunahme des Energieniveaus (wobei als Rätsel bleibt, weshalb es überhaupt des Schlafs bedarf).

Psychische Krankheit lässt sich dann doppelt verstehen: Als falsche Grammatik und/oder Umkehrung der Systemebenen. Lithium hält – aus unbekanntem Gründen – die Neuronen innerhalb eines normalen Aktivitätsniveaus, die Psychoedukation versucht das Aktivitätsniveau vom Lebensstil und der Sinnebene her im normalen Bereich zu halten. Nur das Wie und nicht das Warum lässt sich hier aufweisen. Die Suche nach Vulnerabilitätsgenen ist so faktisch auch keine Ursachenforschung – aus Genen lassen sich keine Sinnveränderungen herleiten –, sondern Korrelationsuche. Trotzdem gerät man, wahrscheinlich unvermeidlich, in das Denken von Wirkungen – schon deshalb, weil man von einer „Seite“ her therapieren muss. Immer werden dabei Unsicherheiten bleiben, ob man nicht den falschen Ansatzpunkt gewählt hat.

Die „künstliche“ Unterscheidung von Therapien für den Körper oder Geist, insbesondere der somatische Ansatz, wird deshalb immer wieder mit Hinweis auf den „ganzen“ Menschen kritisiert.²⁹ Durchaus zu Recht betont man den je besonderen Einzelfall, der durch keine, oft dann noch stigmatisierende Klassifikation erfasst werden kann. Wissenschaft soll jedoch nicht Einzelfälle untersuchen, sondern allgemeine Aussagen ermöglichen. Und auch jede Therapie braucht allgemeine Anhaltspunkte: Nie geht es um die „ganze“, sondern stets die kranke Person und um mehr oder weniger gut bewährte, auf allgemeine Grundlagen aufbauende Therapien. Die Forderung nach Offenheit für Neues in der Therapie und Offenheit für die Eigenheiten der Patientin sind letztlich Leerformeln, gegen die kaum jemand etwas einzuwenden hat, die aber nichts an der notwendigen Abstraktheit jeder Therapie ändern.³⁰

Das „Zeitgeistpendel“ schwingt in allen Bereichen hin und her: in der Wirtschaft von Marktbetonung zu Regulierung, in Politik, Recht und Pädagogik von Toleranz zu Härte, in der Psychologie zwischen naturwissenschaftlichem und geisteswissenschaftlichem Anspruch, in der Psychiatrie zwischen „abstrakt“ biologischem und „individuellem“ Sinnansatz, zwischen somatischer und psychotherapeutischer Intervention. Immer geht es um ein Austarieren dieser zugleich notwendigen und künstlichen Gegensätze, und immer kann dies von einer Seite aus als einseitig kritisiert werden.

Dabei wiederholen sich die Diskussionen – insbesondere wenn, wie bei der Manie, ein vernachlässigtes und einseitig somatisch interpretiertes Phänomen „entdeckt“ wird. Zunächst geht es dann um den Einbezug der Sinnperspektive, von Psychoedukation und Psychotherapie, deren Nachteile in einem weiteren Schritt thematisiert werden: Gegen eine allgemeine Psychoedukation spricht so, dass Patienten mit eigensinnigen Erklärungsansätzen, also ohne „echte“ Krankheitseinsicht, ohne Übernahme des Standardmodells, eine höhere Lebensqualität besitzen.³¹ Therapiemanuale geben durch strikte Themenvorgabe dem Individuum und der je

eigenen Gruppendynamik kaum Raum. Auch kann eine ständige Thematisierung der Krankheit den Zustand destabilisieren, immer mehr Wissen verunsichern. Psychotherapie wiederum weckt womöglich falsche Hoffnungen oder gilt der Patientin als Ersatz für eine medikamentöse Behandlung. Glaubt der Patient hingegen an ein einfaches biologisches Krankheitsmodell, kann ihn das auch entlasten. So kommt man schließlich wieder zur immer richtigen Folgerung, dass es auf die Einzelne ankommt. Sie ist für die Therapie jedoch wenig hilfreich, so dass sich die Praxis an das einfache, bewährteste und theoretisch plausible Modell hält: Lithium für den Körper, Psychoedukation für den Geist.

Philosophie ist nicht für die Therapie zuständig, kann nur auf die heutigen Plausibilitäten und die Notwendigkeiten der Therapie (allgemeine Anhaltspunkte, plausible Annahmen über die Wirkungswege) verweisen – und die Probleme der dabei verwandten Unterscheidungen: Ebenen lassen sich weder an der Natur noch am Menschen ablesen. Hierarchien sind zweckgebundene Abstraktionen, künstliche Klassifikationsschemata. Und die Evolutionstheorie, die einen Aufbau von unten nach oben annimmt, verstrickt sich in die Paradoxie von alt und neu: Neues soll einerseits neu, muss aber zugleich schon im Alten angelegt sein. Die „qualitativen“ Sprünge vom Leblosen zum Leben, vom Leben zum Bewusstsein, schließlich zur Sprache bleiben deshalb Rätsel. Die Philosophie kann diese Rätsel stehenlassen und vom „Ganzen“, der Sprache, ausgehen, vom Verstehen, das sich selbst verstehen will und deshalb auf Theorien angewiesen ist – unter anderem auf Ursprungslegenden, wie sie die Evolutionstheorie erzählt. Als „nur“ verstehende Disziplin kann sie zugleich auf die Paradoxie und Unverzichtbarkeit von Unterscheidungen verweisen. Was sollen Psychologie und Psychiatrie damit aber anfangen?

9 Die Realität der Freiheit

Die Philosophie hinterfragt nicht nur die Unterscheidungen der Psychologie, sondern alle Gewissheiten. Das kann eine Hilfe für die Psychotherapie sein. Wenn jemand die Karriereerwartungen der Gesellschaft verinnerlicht hat, sie nicht erfüllen kann und sich deshalb in eine Psychose flüchtet, muss ihr „nur“ gelernt werden, dass diese Erwartungen weder selbstverständlich noch wünschenswert sind, um sie in ihre „richtige Atmosphäre“ zu bringen. Bei der Manie ist es die wohl wichtigste Aufgabe, für eine korrekte Medikamenteneinnahme zu sorgen. Diese ist immer gefährdet, zum einen, wenn unerwünschte Nebenfolgen (Gewichtszunahme, Tremor) auftauchen, zum anderen aber, weil sich der Patient als abhängig erfährt, und dies liegt zu einem Großteil am heutigen gesellschaftlichen Freiheitsbegriff.

Freiheit wird in der modernen Gesellschaft als „frei-von“ verstanden. Die mit jeder Freiheit einhergehenden Abhängigkeiten – Freiheit ist immer Bindung an etwas – bleiben, solange sie als selbstverständlich und unproblematisch gelten, unbeachtet. So wird die Abhängigkeit von natürlichen Bedürfnissen nicht als Abhängigkeit erlebt – dabei vermögen es die wenigsten, auch nur einen Tag ohne Essen, Kaffee, Tee auszukommen. Die medikamentöse Behandlung der Manie, die die Wiederherstellung oder Erhaltung der Freiheit sichert, wird hingegen von den Betroffenen nur als Abhängigkeit, als gesellschaftliche Anomalität erlebt. Während der Diabetiker oder die Nierenkranke die Einschränkungen durch ihre Krankheiten, gesellschaftlich anerkennen, ohne weitere Hinterfragung als notwendig hinnehmen und andere chemische Stoffe (Koffein, Vitaminpräparate, Schmerztabletten) ganz normal in den Alltag integriert sind, werden Psychopharmaka von weiten Kreisen abgelehnt. Lithium soll man gar lebenslang nehmen, obwohl man sich – vielleicht seit Jahren – gesund fühlt. Die Warnung der Psychiater (hohe Rückfallgefahr und möglicherweise geringerer Schutz nach einem Rückfall) kämpfen gegen Alltagsgewissheiten: Die „Psyche“ gilt als das Eigenste, Persönlichste, das man per defi-

tionem selbst bestimmt. Es ist hier ähnlich wie beim eigenen Tod, den man sich nicht vorstellen kann: Dass das eigene Denken, das „Ich“ entgleist, man plötzlich eine andere wird, ist schwer vorstellbar. Theoretisch mag man um die Gefahren des Absetzens von Medikamenten wissen, und von außen ist es immer leicht, dem Maniker die Einnahme ans Herz zu legen: Was aber würde man tun, wenn man selbst betroffen wäre? Sein „Ich“, sein „Eigenstes“ als „Nicht-eigenes“ akzeptieren? Die Abhängigkeiten des „Ich“ von Umweltbedingungen werden im Normaloperieren nicht beachtet und unterschätzt, das „Ich“ als autonom angesehen – und gerade auch dann, wenn man das alles weiß.

Viele Naturwissenschaftler setzen diesem Freiheitsbegriff nun das andere Extrem entgegen – die Leugnung jeder Freiheit. Das ist schon existentiell wenig überzeugend: Kann man ernsthaft von sich selbst behaupten, unfrei zu handeln (in Bezug auf die Zukunft, nicht die Vergangenheit)? Freiheit ist nicht einfach ein empirisch feststellbares Phänomen, sondern vor allem ein begriffliches: Handlungen werden nach sozialen Regeln einem Verursacher, einer Entscheidung, die auch anders hätte ausfallen können, zugeschrieben. Insofern verfehlen Neuro- oder auch Soziobiologie, die Freiheit als Problem der Naturausstattung ansehen, die Ebene, auf der sie sich bildet, ebenso Philosophie oder Psychologie, wenn sie Freiheit als geistige Grundausstattung des Menschen ansetzen. Freiheit ist eine Folge der Sprache und besteht darin, in jeder Kommunikation Nein sagen, Alternativen wählen zu können.³²

Solange es Sprache gibt, ist Freiheit „real“. Die Zukunft ist für sprachliche Wesen offen, die Diskussion um Determiniertheit oder Indeterminiertheit des Menschen oder der Welt insofern überflüssig: Solange mehrere Weltverläufe und Handlungen als möglich erscheinen, ist Freiheit ein gesellschaftliches Faktum. Dass sprachliche, zukunfts offene Wesen potentiell immer anders kommunizieren und handeln können, wird denn auch im gesellschaftlichen Umgang für jedes normale Verhalten unterstellt, auch wenn es nicht eigens gewählt wurde. Ein stark abweichendes Verhalten wird als absichtlich oder unabsichtlich, als zurechnungsfähig oder unzurechnungsfähig gewertet, und die Zuschreibung hat jeweils andere Folgen. Bei der Manie ist das Verhalten so ungewöhnlich, dass es medizinisch und juristisch als unfrei gilt. Die Kriterien für diese Zuschreibungen ändern sich, und die Neurobiologie könnte, sofern es ihr gelingt, eindeutige Korrelationen von Verhalten und Gehirnzuständen auszumachen und letztere als Ursache des Verhaltens festzulegen, einen durch biologische Kriterien *mitbestimmten* Begriff von Willensfreiheit einführen. Eine solche Veränderung bedeutete etwa auch der Einbezug der Hypomanie in die Krankheitsdefinition.

Tendenziell wird heute allgemein der Krankheitsbegriff und damit der Begriff der Unfreiheit ausgeweitet. Die WHO sieht so Gesundheit als Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, hat also wie die Daseinsanalyse einen positiven Gesundheitsbegriff. Die Unterscheidung von gesund und krank droht jedoch, mit ihm ihren Wert zu verlieren. Es kommt, nicht zuletzt durch Ausdehnung der psychischen Krankheiten zur „Pathologisierung der Gesamtgesellschaft“.³³ Versucht man eine völlige Gesundheit zu erreichen, die Unterscheidung von gesund und krank also nach einem Wert hin aufzulösen, so hat das die paradoxe Folge, dass die Krankheiten zunehmen – philosophisch gesehen kommt die Paradoxie der Unterscheidung zum Vorschein. Die manisch Veranlagte, die einer Langzeitprophylaxe und der Rückfallgefahr unterliegt, kann dann nie als gesund bezeichnet werden. Dabei bedrohen psychische und körperliche Leiden „im Wartestand“ – jedes Jahr kennt seine Grippewelle und individuellen Tiefs – jede zu jeder Zeit. Eine plausible Entfaltung der Unterscheidung von krank und gesund ist nur mit einem negativen Gesundheitsbegriff möglich, etwa: „Gesundheit ist die Fähigkeit, mit Behinderungen und Schädigungen leben zu lernen.“³⁴ Die Unterscheidung von krank und gesund ist als (relative) Unterscheidung ernst zu nehmen, die immer beide Werte beinhaltet.

Bei der Manie scheinen die Aussichten statistisch allerdings düster: Angeblich betragen die Rückfallraten bei der Manie trotz Medikation 37% im ersten, 60% im zweiten und 73% in fünf Jahren,³⁵ ruht nach der ersten Phase die Krankheit am längsten und stellt eine „völlige“ Heilung die Ausnahme dar. Schon um eine fatalistische Hinnahme der Krankheit oder Verzicht auf Medikamente zu vermeiden, *muss* man hier zweifeln, etwa an den kaum überprüfbaren Angaben zur Medikamenteneinnahme oder der Repräsentativität; schließlich gibt es angeblich schon in Deutschland 750.000 unbehandelte und deshalb nicht erfasste Maniker (Bipolar I). Optimistische Stimmen gehen so auch davon aus, dass bei konsequenter psycho- und sozialtherapeutischer Nachbetreuung und medikamentösem Langzeitschutz keine Rückfallgefahr oder nur stark abgemilderte und verkürzte Phasen drohen (was bleibt, ist eine Voreingenommenheit gegenüber sich selbst, die Angst vor Hochgefühlen, eine Dämpfung des Lebensgefühls und die Sorge der Umgebung vor Rückfällen).³⁶ Doch ist eine „konsequente“ Betreuung durchführbar? Über den Verlauf der Krankheit und das Behandlungsschicksal der Betroffenen im medizinischen Versorgungssystem ist wenig bekannt.³⁷ Sicher, aber wenig hilfreich, ist nur, dass bei der bipolaren Erkrankung die unterschiedlichsten Verläufe vorkommen – was immerhin jeder die Chance gibt, für sich die schlechten Prognosen zu widerlegen.

10 Welche Philosophie für Psychologie und Psychiatrie?

Sprachliche Wesen müssen immer Unterscheidungen treffen, leben mit und durch selbstverständliche Grundunterscheidungen wie frei und unfrei, gesund und krank, Körper und Geist, Leben und Tod – in je unterschiedlicher Interpretation. Für die Psychiatrie ist deshalb weniger die Philosophie als die Soziologie oder eine philosophisch-soziologische Herangehensweise fruchtbar, die die gesellschaftliche Situation verdeutlicht. Es geht dann darum, welche Gewissheiten und sonstige Vorstellungen in der Gesellschaft vorherrschen, welche Probleme sie mit sich bringen und wie am besten mit ihnen umgegangen werden kann. So kommt die Daseinsanalyse mit ihrem Freiheitsbegriff der modernen Situation entgegen, während ihre philosophisch durchaus oft plausible Orientierung an Heidegger und dessen archaischer Sprache eine weitere Verbreitung verhindert und sonstige, eher einfach gestrickte Humanistische Psychologien begünstigt. Bei den als psychisch klassifizierten Krankheiten stellt sich das unlösbare Körper-Geist-Problem. Es gibt keine eindeutigen Grenzen zwischen Geist und Körper und damit auch keine einfachen Therapien (was die Psychosomatik oft auch bei traditionell als somatisch diagnostizierten Krankheiten feststellt). Bei der Manie kommt es zu einem Konflikt zwischen dem wissenschaftlich plausiblen, stark somatischen Krankheitsmodell und dem gesellschaftlichen Freiheitsbegriff – was zum einen das Desinteresse der Psychotherapie erklären könnte, zum anderen die hohen Rückfallquoten. Die Krankheitseinordnung als in erster Linie somatisch, die künstlich – ein Sprachproblem –, aber unvermeidbar ist, rechtfertigt sich durch die erfolgreichsten Therapien.

Philosophie ist zunächst „reine“ Erkenntnis und steht neutral zu allen Unterscheidungen, auch zu sich selbst (Philosophie zu betreiben, ist nicht einfach „gut“). Psychologie und Psychiatrie sehen sich hingegen als positive Unternehmen, wollen sie doch den Menschen verstehen und Leid vermindern. Die Antipsychiatrie machte schon auf die negativen Seiten dieser „guten“ Absichten aufmerksam – und fiel in das gegenseitige Extrem, die ganze Psychiatrie abschaffen zu wollen und die psychisch Kranke zur eigentlich Gesunden in einer kranken Gesellschaft zu erklären. Der Hauptstrom der Psychiatrie fordert weiterhin ein Mehr an Geldern, Stellen, Einrichtungen und sieht sich für immer mehr Störungen als zuständig an. Wo aber liegt der optimale Punkt der Versorgung? Und wo das Optimum der Forschung? Ein Mehr an Forschung verstärkt die Unsicherheiten durch Einbezug von immer mehr Ursachen und Folgen. Für die Ausweitung jeder einzelnen Bemühung gibt es jedoch immer gute Gründe. „Bleibt die Frage, ob wir psychiatrisch Tätigen in unserer Aneignungssucht noch

irgendeine Norm der Selbstbegrenzung kennen.“³⁸ Wo aber sollte sie herkommen? Für eine „neutrale“ Folgebewertung – das gilt im Übrigen in allen gesellschaftlichen Bereichen und für die Gesamtgesellschaft – fehlt eine Instanz. Stoppregeln sind faktisch nur durch finanzielle Engpässe gegeben.

Die Philosophie untersteht nicht den Zwängen einer praktischen Wissenschaft und kann alle Gewissheiten hinterfragen. Auch sie kennt keine Stoppregeln, stößt vielmehr letztlich auf das Rätsel des sich aus dem Nichts lichtenden Seins, des aus dem Nichts entspringenden und wieder in es, den Tod, versinkenden Lebens. Das Bedenken des Nichts bringt vor die Bedrohtheit des Seins, insbesondere auch des eigenen Lebens, und die Frage, ob sich das Leben lohnt. Die Psychiatrie kann hier nur eine positive Antwort geben, will dem Menschen ein normales Leben in der Gesellschaft ermöglichen. Auch die Philosophie zeichnete jahrhundertlang ein vernünftiges Leben als sinnvolles Leben aus, das auf Extreme verzichtete, denn Hochgefühle und Leiden liegen immer nahe zusammen, wie jedes unglückliche Verliebtsein, jede „unvernünftige“ Liebe oder harte Drogen erfahren lassen. Für Nietzsche rechtfertigte der höchste Glücksaugenblick jedoch auch alles Leiden, und für die Romantik war es besser, leidenschaftlich und kurz, als vernünftig, gefühlsleer und lang zu leben. Auch die Manie bietet wie der Rausch ein intensives Erlebnis der Welt, führt in außergewöhnliche Dimensionen. Muss man ein solches Erlebnis – auch wenn man es nicht zu wiederholen wünscht – nur negativ sehen?

Am besten wäre es sicherlich, wenn es gelänge, das Ungewöhnliche der Manie so in den Alltag zu integrieren, dass die Manie selbst überflüssig wird.³⁹ Aber wenn das nicht gelingt: Was spricht *philosophisch* gegen ein leidenschaftliches, manisches und kurzes Leben?⁴⁰ Ja, was spricht *philosophisch* gegen den Suizid? Man kann ihn sicher nicht, wie tendenziell Jean Améry, quasi logisch aus einem endlichen, dem Tod geweihten Leben folgern. Aber warum soll man schweres Leid, das sich heute nicht mehr durch ein höheres metaphysisches Ziel rechtfertigen lässt, ertragen? Zwischen 30-40% der bipolar Kranken versuchen denn auch einen Suizid, der zu 15-20% gelingt.⁴¹ Selbst wenn der Suizident psychisch krank ist (er ist es im Übrigen quasi qua definitionem, denn in einer solchen Situation hat man gewöhnlich schwere Probleme) – auch dann noch kann der Suizid philosophisch als Zeichen seiner Freiheit anerkannt werden: Nur sprachliche Wesen, die um den Unterschied von Leben und Tod wissen, können sich für den Tod *entscheiden*. Die Philosophie steht neutral zur Frage von Leben und Tod, oft auch gegen die gesellschaftliche Lebensbejahung, die gerade in der Psychiatrie zur Geltung kommt: Die Psychiatrie muss – auch hierzu ist sie gesellschaftlich da – die Tat verhindern und als krank ansehen. Eine Sicht, die den Suizid bewusst und ernsthaft als Möglichkeit einbezieht, kann *individuell* zwar durchaus auch zur Krisenbewältigung taugen, aber angesichts der tatsächlichen Suizidgefahr gerade nicht in der Psychiatrie zur Geltung kommen.

Als Hinterfragung noch der letzten Gewissheiten und Bedenken des Nichts ist die Philosophie für Psychologie und Psychiatrie Gift, stellt sie doch auch die Grundgewissheiten, ohne die sie nicht sein können, insbesondere die prinzipielle Lebensbejahung in Frage. Wie die Theologie sich einst im Einklang mit der Philosophie wähnte und am Ende in ihr ihren größten Todfeind hatte, so ist auch die Philosophie für die Psychologie in letzter Instanz keine Verbündete. Wie jede Forschung so kümmert sich allerdings auch die empirische psychologische Forschung nicht um Grundfragen, noch weniger die psychiatrische Praxis, und in ihnen können nur sich in ihre Vorgaben, ihre Fragestellungen einordnende Ansätze Berücksichtigung finden. Die Versuche, Philosophie in der Psychologie zur Geltung zu bringen, sollten sich nur klar darüber sein, in welches Wespennest sie stechen.

Literaturverzeichnis

- Assion, H./Vollmoeller, W., Hrsg., Handbuch Bipolare Störungen, Grundlagen – Diagnostik – Therapie, Stuttgart 2006.
- Bateson, G. et al., Vorstudien zu einer Theorie der Schizophrenie, in: Bateson, Ökologie des Geistes, Frankfurt 1985, 270–301.
- Battacchi, M./Suslow, T./Renna, M., Emotion und Sprache – Zur Definition der Emotion und ihren Beziehungen zu kognitiven Prozessen, dem Gedächtnis und der Sprache, Frankfurt 1996.
- Bauer, M., 100 Jahre bipolare affektive Störungen seit Emil Kraepelin: Was wissen wir heute?, in: Becker, R./Wunderlich, H., Hrsg., Gefühlsstrukturen und neuronale Grundlagen bipolarer Störungen, Stuttgart 2010.
- Bock, T./Koesler, A., Bipolare Störungen – Manie und Depression verstehen und behandeln, Bonn 2005.
- Bock, T./Dörner, K./Naber, D., Hrsg., Anstöße. Zu einer anthropologischen Psychiatrie, Bonn 2004.
- Boss, M., Grundriß der Medizin und der Psychologie, Bern 1975².
- Brieger, P., Temperament als Grundlage affektiver Störungen, in: Assion/ Vollmoeller 2006, 29–34.
- Condrau, G., Daseinsanalyse, Freiburg (CH) 1989.
- Demmerling, C./Landweer, H., Philosophie der Gefühle – Von Achtung bis Zorn, Stuttgart 2007.
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), Weißbuch Bipolare Störung in Deutschland, Nordstedt 2006².
- Dörner, K., Nutzen und Schaden des medizinischen Krankheitsbegriffs, in: Bock et al. 2004, 18–26.
- Emrich, H., Psychiatrische Anthropologie, Therapeutische Bedeutung von Phantasiesystemen, München 1990.
- Faust, V., Manie, Stuttgart 1997.
- Fischer, H., Sprache und Lebensform – Wittgenstein über Freud und die Geisteskrankheit, Frankfurt 1987.
- Gebert, S., Philosophie vor dem Nichts, Kehl 2010.
- Heidegger, M., Sein und Zeit, Tübingen 1979¹⁵.
- Ders.: Zollikoner Seminare, Frankfurt 1987.
- Luhmann, N., Soziologie der Moral, in: Luhmann, N./Pfürtner, S., Hrsg., Theorietechnik und Moral, Frankfurt 1978, 8–117.
- Ders.: Operationale Geschlossenheit psychischer und sozialer Systeme, in: Fischer, H./Retzer, A./Schweitzer, J., Hrsg., Das Ende der großen Entwürfe, Frankfurt 1992, 117–131.
- Luhmann, N./Fuchs, P., Reden und Schweigen, Frankfurt 1989.
- Miklowitz, D./Cicchetti, D., Hrsg., Understanding bipolar disorder: a developmental psychopathology perspective, New York 2010.
- Reker, M., Rausch und Sucht als konstitutive Merkmale der postmodernen Gesellschaft. Über Freiheit und Rauschtrinken, in: Bock et al. 2004, 188–199.
- Ros, A., Materie und Geist – Eine philosophische Untersuchung, Paderborn 2005.
- Roth, G., Das Gehirn und seine Wirklichkeit – Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen, Frankfurt 1997.
- Stroebe, W./Jonas, K./Hewstone, M., Hrsg., Sozialpsychologie – Eine Einführung, Berlin/Heidelberg/New York, 2002⁴.
- Wagner, P./Bräunig, P., Psychoedukation bei bipolaren Störungen – Ein Therapiemanual für Gruppen, Stuttgart 2004.
- Watzlawick, P., Münchhausens Zopf oder Psychotherapie und „Wirklichkeit“, Bern 1988.
- Wiegleb, G., Konzepte der Hierarchie-Theorie in der Ökologie, in: Mathes, K./Breckling, B./Ekschmidt, K., Hrsg., Systemtheorie in der Ökologie, Landsberg 1996, 7-24.
- Wittgenstein, L., Philosophische Untersuchungen (PU), in: Werkausgabe Band 1, Frankfurt 1984, 225–580.

Der.: Über Gewißheit (ÜG), in: Werkausgabe Band 8, Frankfurt 1984, 113-258.

Ders.: Vermischte Bemerkungen (VB), in: Werkausgabe Band 8, Frankfurt 1984, 445-573.

(Endnotes)

- 1 Der in diesem Aufsatz vorgestellte philosophische Ansatz verbindet Anregungen von Heidegger, Luhmann und Wittgenstein und wird systematisch entwickelt in Gebert 2010.
- 2 Heidegger 1987, 202.
- 3 Boss 1975, 529.
- 4 Condrau 1989, 173.
- 5 Heidegger 1979, 43.
- 6 Condrau 1989, 173.
- 7 Vgl. zum Begriff Gewißheit, Wittgenstein ÜG, zum Grammatikbegriff PU 664. Zitat: PU 19.
- 8 Vgl. hierzu Boss 1975, 548f.
- 9 Batseon 1985, 289.
- 10 Vgl. hierzu Fischer 1987, 193ff., 230ff.
- 11 Vgl. Emrich 1990, insbesondere 65, 82f., 92, 103.
- 12 Wittgenstein VB 487, 509.
- 13 Wittgenstein ÜG 495, 497.
- 14 Luhmann/Fuchs 1989, 194, 200.
- 15 Vgl. Luhmann 1992.
- 16 Zur Manie vgl. insbesondere die umfassende Arbeit von Faust 1997, Wagner/Bräunig 2004, die Handbücher von Assion/Vollmoeller 2006, Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS) 2006, Miklowitz/Cicchetti 2010, den Übersichtsartikel von Bauer 2010.
- 17 DGBS 2006, 258. Es mangelt aber an zuverlässigen Daten zur Prävalenz. (Ebd., 32)
- 18 So Faust 1997, 187-191, der auch auf die allgemeine Konsumorientierung und den weit verbreiteten Kaufrausch hinweist (181).
- 19 Boss 1975, 474f.
- 20 Bock/Koesler 2005, 61f.
- 21 Wittgenstein VB 512.
- 22 Wagner/Bräunig 2004, 51.
- 23 Watzlawick 1988, 47. Das Kindling-Konzept wurde im Übrigen durch neuere Studien nicht bestätigt: Der Zusammenhang zwischen Stress und affektiver Reaktion scheint unabhängig von der Episodenanzahl oder der Medikamentenakzeptanz, und auch bei späteren Episoden scheinen schwerwiegende Ereignisse voranzugehen. (Miklowitz/Cicchetti 2010, 197, 293f.)
- 24 Faust 1997, 254-259.
- 25 Das ist die Grundthese des „synthetischen Materialismus“. Vgl. Ros 2005, 255.
- 26 Zum Folgenden vgl. aus philosophischer Sicht Demmerling/Landweer 2007 (insbesondere die Einleitung 1-34); für die Psychologie und Sozialpsychologie Stroebe u.a. 2002, Kap. 6 Emotion, 165-213, Battacchi et al. 1996; aus neurowissenschaftlicher Sicht Roth 1997, Kap. 9, 178-212.
- 27 Vgl. Brieger 2006.
- 28 Wiegleb 1996, 21.
- 29 Vgl. etwa die Beiträge in Bock et al. 2004.
- 30 Wenn Bock (2004) die positiven Aspekte des Eigensinns der Patientin, ihrer Noncompliance, betont – eine kritiklose Akzeptanz der Therapie und Medikamente sei gar negativ –, dann suggeriert das etwas Neues, obwohl es „nur“ um eine andere, „kooperative“ Art zur Erreichung der Compliance geht: Der Patient wird geschickter zur Therapie, deren allgemeinen Ablauf immer der Psychiater festlegt, überredet – was ja auch sehr vernünftig und bisher vielleicht zu selten ist, aber das ändert nichts an der letztlich autoritären Beziehung, die immer weit weg von dem ist, was man normalerweise unter Kooperation versteht.
- 31 Bock 2004, 276.
- 32 Vgl. Luhmann 1978, 59ff.
- 33 Dörner 2004, 20. In den USA werden doppelt so viele Fälle von Bipolarität in der Kindheit als in Deutschland diagnostiziert. Angeblich handelt es sich hierbei nicht um ein diagnostisches Konstrukt, da man auch doppelt so viele bipolaren Familiengeschichten und sexuellen Missbrauch feststellte und keine unterschiedliche Behandlung von ADHS. (Miklowitz/Cicchetti 2010, 382ff.) Inzwischen diskutiert man denn auch in Deutschland über Symptome im Kindesalter und eine vorbeugende Behandlung in Frühstadien. (Bauer 2010, 5) Das alles mit guten Gründen!
- 34 Faust 1997, 182.
- 35 Assion/Vollmoeller 2006, 160.
- 36 Faust 1997, 183.
- 37 DGBS 2006, 32.
- 38 Dörner 2004, 20.
- 39 Bock/Koesler 2005, 22.
- 40 Reker (2004, 197, 199) fragt: „Warum darf nicht jeder für sich entscheiden, ob er trunksüchtig sein will oder nicht?“ Dem Alkoholiker wird ein Krankheitsbegriff aufgedrängt, den er nicht teilt, denn für ihn bedeutet Trunksucht „nicht nur Gefangenschaft und Zwang, sondern auch Freiheit, Trunksucht ist nicht nur Krankheit, sondern auch individualisierter Lebensstil“ – durchaus im Ein-

klang mit bestimmten, freiheitsbetonenden, anarchistischen Strömungen in der Gesellschaft. Aber kann die Psychiatrie ernsthaft so denken?

41 Bauer 2010, 2,5.

Zum Autor

Dr. phil. Dipl. rer pol. Sigbert Gebert, Philosoph und Soziologe, Privatgelehrter. Verleger (Kepos-Verlag, Kehl); Arbeitsgebiet u.a. Ethik, Heidegger, Wittgenstein. Mitglied im wissenschaftlichen Beirat der Gesellschaft für angewandte Philosophie Baden-Baden, Autor, u.a.: „Grenzen der Psychologie“; „Sinn-Liebe-Tod“; „Philosophie vor dem Nichts“.

Kontakt: Sigbert.Gebert@freenet.de